**PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* DI RUANG ICU RS X JAKARTA**

Dyah Fitri W1,2,Rr Tutik Hariyati3

1 Postgraduate Student, Faculty of Nursing, Universitas Indonesia

2RSUD Kota Depok

3Departement Basic Science & Fundamental Nursing, Universitas Indonesia

\**e-mail*:deefwe@yahoo.com

***Abstrac***

*Discharge planning is a complex process that aims to prepare patients in the transition period in the hospital until the patient returns to his home, where the implementation must be made from the beginning the patient comes to the health service. However, discharge planning was done before the patient returns, or before the patient left the service unit in Hospital. In the ICU room with critical patient conditions, nurses prioritize paying attention to the critical condition of the patient, thus forgetting the implementation of this discharge planning. For this reason, this paper aimed to analyze the implementation of discharge planning in the ICU of Jakarta X Hospital, literature study to identify the root of the problem, so that recommendations can be proposed to resolve the problem. The method was used an analysis using fishbone diagram with an assessment conducted in the observation form. Interview and secondary data collection from Jakarta X Hospital. Based on the analysis results, the root cause of the problem is knowledge of nurses who are less about discharge planning and less optimal systems that support the implementation of discharge planning such as format, SPO and guidelines. For this reason, recommendations for improvements were made in the form of redesigning the format of discharge planning, revision of SPO, making guidelines and implementing discharge planning training*

***Keywords****: Discharge planning, ICU, Nursing, Fishbone diagram.*

**Abstrak**

*Discharge planning* merupakan suatu proses yang kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya, dimana pelaksanannya harus dibuat sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan. Pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit dilakukan sebelum pasien pulang, atau sebelum pasien keluar dari unit layanan Pengamatan yang dilakukan penulis terhadap pelaksanaan *discharge planning* di ruang ICU, perawat lebih mengutamakan memperhatikan kondisi kritis pasien, sehingga melupakan pelaksanaan *discharge planning*. Tujuan tulisan ini adalah melakukan analisis terhadap pelaksanaan *discharge planning* di ruang ICU RS X Jakarta. Metode yang digunakan adalah metode analisis dengan menggunakan fishbone dengan asesmen yang dilakukan berupa observasi, wawancara dan pengumpulan data sekunder yang sudah ada di RS X Jakarta, setelah itu dilakukan pencarian literatur untuk mengidentifikasi akar masalahnya, sehingga bisa diusulkan rekomendasi untuk penyelesaian terhadap masalah tersebut. Dari hasil analisis ditemukan akar masalah yaitu pengetahuan perawat yang kurang tentang *discharge planning* dan kurang optimalnya sistem yang mendukung pelaksanaan *discharge planning* seperti format, SPO dan panduan. Rekomendasi yang di usulkan yaitu berupa perbaikan format *discharge planning*, revisi SPO, pembuatan panduan dan pelaksanaan pelatihan *discharge planning*.

**Kata Kunci:** *discharge planning*, ruang ICU, perawat, diagram *fishbone*

**PENDAHULUAN**

Kepulangan pasien dari rumah sakit ke rumah bukanlah proses yang mudah dan mungkin ditandai oleh beberapa masalah. Peran perawat diperlukan untuk mempersiapkan pasien pulang ke rumah melalui proses yang disebut *discharge planning*.  *Discharge planning* adalah pendekatan interdisipliner untuk kesinambungan perawatan dan proses yang mencakup identifikasi, penilaian, penetapan tujuan, perencanaan, implementasi, koordinasi, dan evaluasi dan merupakan hubungan yang berkualitas antara rumah sakit, pelayanan kesehatan masyarakat, organisasi non pemerintahan, dan agen agen pelayanan kesehatan lainnya. (Lin, Cheng, Shih, Chu, & Tjung, 2012). Sedangkan defenisi lain menyatakan d*ischarge planning*  adalah suatu proses yang kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya (Nordmark, Zingmark, & Lindberg, 2016). *Discharge planning*harus dibuat sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan.

*Discharge planning*  yang efektif mendukung keberlangsungan perawatan kesehatan, hal ini digambarkan sebagai “hubungan kritis antara proses perawatan yang diterima di rumah sakit oleh pasien, dan perawatan pasca-pemulangan yang disediakan di masyarakat”.Banyak penelitian menunjukkan bahwa *discharge planning* dapat meningkatkan kepuasan pasien, berkurangnya lama rawat inap di rumah sakit dan mengurangi readmisi (kejadian seorang **pasien** dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapatkan layanan rawat inap dirumah sakit) ke rumah sakit, tetapi tidak ada bukti bahwa *discharge planning* mengurangi biaya perawatan kesehatan.(Lin et al., 2012). Terdapat hubungan yang bermakna antara *discharge planning* terhadap penurunan readmisi pasien dalam 1 sampai 12 bulan indeks pemulangan pasien di pelayanan kesehatan (Fox et al., 2013). Hasil penelitian lain yang telah dilakukan (Shepperd, Parkes, McClaran, & Phillips, 2010)menyatakan bahwa *discharge planning* secara signifikan mengurangi kunjungan ulang atau rawat ulang pasien di rumah sakit

Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* dipengharuhi oleh beberapa faktor antara lain: keterlibatan pasien, keluarga dan partisipasi tenaga kesehatan lain, komunikasi antara perawat dan pasien, waktu yang dimiliki perawat untuk melaksanakan *discharge planning*, perjanjian dan konsensus serta personil *discharge planning*(Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, 2011). Sedangkan Reshidi (Nahar Al Reshidi, Tony Long, 2016) menyatakan masalah komunikasi antara perawat dan pasien merupakan faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan *discharge planning*.Penelitian Rofi’i(Rofi’i, 2011) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor komunikasi dengan pelaksanaan *discharge planning*. Penelitian yang lain dilakukan oleh Tahalele (Hamel, 2016) menjelaskan bahwa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* yaitu sikap perawat dan komunikasi perawat.

Pelaksanaan *discharge planning*sangat penting bagi keberlangsungan perawatan kesehatan pasien, seharusnya menjadi suatu implementasi yang harus dilaksanakan oleh perawat dengan baik. Namun dalam pelaksanannya di rumah sakit, beberapa penelitian membuktikan bahwa pelaksanaan *discharge planning* belum terlaksana dengan optimal. Penelitian menyebutkan bahwa 23 % perawat Ausralia dan 34 % perawat di Inggris bagian barat daya tidak melakukan *discharge planning*(Graham, Gallagher, & Bothe, 2013; Morris, 2012). Sedangkan di Indonesia, penelitian menyebutkan sebanyak 54 % perawat di Bandung dan sebanyak 61% perawat di Yogyakarta tidak melaksanakan *discharge planning*(Okatiranti, 2015; Zuhra, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Betty (Betty, 2016) di Bukittinggi menunjukkan sebanyak (38%) responden mengatakan pelaksanaan *discharge planning* kurang baik.

RS X di Jakarta telah melakukan *discharge planning*pada pasien. Dari survey yang dilakukan oleh penulis, pemberian *discharge planning* kepada keluarga di Ruang ICU RS X Jakarta masih belum optimal diberikannya. Pemberian *discharge planning* kebanyakan diberikan hanya pada saat pasien pulang saja yang berupa petunjuk perawatan dirumah dan waktu kontrol serta jika ada pertanyaan dari pasien dan keluarga saja. Dari hasil observasi pengisian *discharge planning* banyak yang tidak disi karena persepsi perawat bahwa *discharge planning* hanya bisa dilakukan di rawat inap , tidak di ruang ICU.

**METODE**

Metode yang digunakan adalah metode analisis dengan menggunakan pendekatan metoda analisis *Fishbone* dalam penerapan pelaksanaan discharge planning di ruang ICU RS X di Jakarta. Data yang terkumpul berupa data primer dan sekunder yang diidentifikasi selama 3 minggu di Ruang ICU RS X Jakarta. Data data primer diperoleh dengan wawancara mendalam dan observasi, sedangkan data sekunder diperoleh dari hasil telaah dokumen yang telah dibuat di ruangan. Proses ini sudah mendapatkan izin tertulis dari rumah sakit dengan nomor surat : 985/-1-776.4. Data yang yang ditemukan di analisis menggunakan *fishbone* untuk menemukan akar masalah, dan dilanjutkan dengan melakukan tinjauan literatur dan analisa sehingga menghasilkan rekomendasi yang bisa dilakukan di RS X Jakarta untuk peningkatan mutu pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit. Diagram *Fishbone* (juga disebut diagram *Ishikawa*) adalah alat untuk mengidentifikasi akar penyebab masalah. Ditemukan oleh Kaoru Ishikawa, seorang ahli statistik kontrol kualitas Jepang, orang yang memelopori penggunaan grafik ini di tahun 1960-an . Diagram *Fishbone* adalah alat analisis yang menyediakan cara sistematis melihat efek dan penyebab yang membuat atau berkontribusi terhadap efek tersebut.

**HASIL**

Pada pelaksaan *discharge planning* di ruang ICU, penulis mengumpulkan data dengan menggunakan wawancara dan observasi untuk mendapatkan data primer dan sekunder tentang pelaksanaan discharge planning. Hasil pengumpulan data didapatkan sebagai berikut :

1. Wawancara

Hasil wawancara dengan kepala ruangan ICU menyatakan bahwa di ruang ICU telah dilakukan edukasi kesehatan kepada keluarga, pada saat pasien masuk, yaitu tata cara cuci tangan dan tata tertib di ruang ICU, edukasi lain yang diberikan kepada pasien dan keluarga adalah apabila pasien sudah dinyatakan akan dilepas pemasangan ventilator dan akan dipasang trakeosthomi, maka perawat melakukan edukasi tentang perawatan trakeosthomi, dan saat pasien keluar dari ICU dilakukan edukasi persiapan perawatan pasien saat nantinya di rawat di ruang rawat. Edukasi tentang penyakit dilakukan juga oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), edukasi tentang obat dilakukan oleh tenaga famasi. Menurut kepala ruangan *discharge planning* agak sulit dilakukan di ruang ICU karena jarang pasien langsung pulang ke rumah, jadi tugas perawat ICU adalah mengisi data dasar pasien, dan natinya akan dilengkapai oleh perawat rawat inap, apabila pasien di rawat kemudian di rawat inap.

Untuk kondisi sumber daya keperawatan di ruang ICU, jumlah tenaga keperawatan yang dibutuhkan sebanyak 38 orang. Sedangkan tenaga yang ada 36 orang, untuk itu jumlah tenaga masih kurang di ruang ICU. Perawat yang bertugas di RS X Jakarta memiliki latar belakang pendidikan D3 keperawatan sebanyak 24 orang dan S1 keperawatan Ners sebanyak 12 orang. Dengan 20 orang sudah mendapatkan pelatihan ICU selama tiga bulan, sedangkan sisanya akan di jadwalkan mulai tahun depan. Sedangkan untuk pelatihan tentang *discharge planning* belum pernah dilakukan.

1. Observasi

Hasil observasi di ruangan ICU,perawat memberikan informasi tentang kesehatan pasien kepada keluarga secara insidental. Promosi dan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari *discharge planning*  diberikan hanya pada saat keluarga pasien bertanya, dan dan hanya didokumentasikan di form edukasi terintegrasi, *checklist* panduan *discharge planning*  juga tidak ditemukan. Leaflet tentang *discharge planning* belum lengkap.Hasil observasi pengisian pada 6 (enam) format *discharge planning* yang terdiri dari resume keperawatan yang berisi halhal yang perlu diperhatikan pasien setelah pulang,format tidak diisi lengkap dan tidak ada tanda tangan perawat serta pasien atau keluarga.

Berdasarkan hasil telaah dokumen yang telah dilakukan terhadap Panduan, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan format khusus pelaksanaan *discharge planning* didapatkan hasil sebagai berikut :1. Format *discharge planning* apabila ditinjau dengan teori yang dikemukakan oleh Potter and Perry, masih terdapat beberapa kesenjangan. Yaitu belum adanya diagnosa dan perencanaan *discharge planning* 2. SPO *discharge planning* untuk pedoman pelaksanaan di rumah sakit sudah dibuat, dengan nomor 13/08-1/09, namun masih merujuk ke format *discharge planning* yang lama. Dan dari hasil observasi, pelaksanaan di ruangan masih belum sesuai dengan SPO. Antara lain dalam SPO dinyatakan bahwa *dischrge planning* merupakan asesmen awal yang harus dilengkapi dalam 24 jam setelah pasien awal dirawat. Namun karena kondisi pasien ICU yang kritis, perawat lebih mengutamakan memperhatikan kondisi pasien saat itu dan belum mengisi format *discharge planning*. 3. Panduan merupakan petunjuk yang memberi arah bagaimana suatu kegiatan harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan (KARS,2012). Panduan *discharge planning* belum dibuat oleh rumah sakit. Oleh karena itu untuk pelaksanaan *discharge planning* diharapkan ada panduan dalam memberikan arah pelaksanaanya.

Dari data data yang sudah dikumpulkan didapatkan masalah: Belum Optimalnya Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang ICU RS X Jakarta.

Untuk menemukan akar masalah maka dilakukan analisa data dengan menggunakan diagram *fishbone*.

Data yang sudah dikumpulkan dianalisispendekatan diagram *fishbone* meliputi *man, method, machine, material, money,* dan *environment* untuk mendapatkan akar masalah, yaitu sebagai berikut

15 % Responden Perawat menyatakan belum mengerti tentang*discharge planning* di ICU

*Environment*

*Money*

***Man***

v

Kondisi Ruang ICU yang penuh dengan pasien kritis

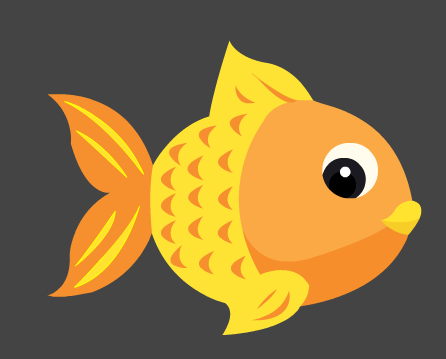
SDM perawat masih kurang di ruang ICU

Belum diusulkannya anggaran khusus untuk pelaksanaan pelatihan *discharge planning*

Belum adanya perawat yang mengikuti pelatihan *discharge planning*

Kualifikasi perawat pelaksana 66% D3 Keperawatan (24 orang)

**Belum Optimalnya Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang ICU RS X Jakarta.**



SPO *discharge planning* masih merujuk kepada format *discharge planning* yang lama

Methode *discharge planning*yang dilakukan belum terjadwal sejak pasien masuk, di rawat dan pulang

Kondisi ruang ICU yang penuh dengan peralatan untuk pasien kritis

Perawat hanya menuliskan data dasar pasien di format *discharge planning*

Belum adanya panduan *discharge planning*

Format *discharge planning* belum sesuai teori yang ada

Metode keperawatan di ruang adalah methode tim

Leaflet yang mendukung *discharge planning* belum lengkap

*Method*

*Machine*

*Material*

Gambar 1. Diagram *Fishbone*

Dari gambar 1 yang berisi diagram *fishbone* sudah diidentifikasi beberapa penyebab masalah, namun hal tersebut belum dijelaskan secara detail. Untuk itu penjelasan detail tentang faktor faktor dari tiap penyebab masalah akan dijelaskan berikut ini :

1. *Environment*
   1. Sumber Daya Keperawatan (SDK) di ruang ICU masih kurang

Berdasarkan perhitungan dari Kementerian Kesehatan tentang SDK di ruang ICU dengan 15 tempat tidur adalah 38 orang. Sedangkan perawat yang ada hanya 36 orang. Sehingga beban kerja perawat menjadi meningkat karena jumlahnya yang kurang.

* 1. Kondisi Pasien ICU yang kritis

Kondisi pasien yang berada dalam masa kritis, dengan perubahan cepat dalam kondisi pasien, dan pemulihan yang tidak pasti membuat perawat lebih berfokus untuk mengatasi masalah pasien saat itu. Sehingga pelaksanaan *discharge planning* menjadi ditangguhkan.

1. Money
   1. Belum adanya anggaran khusus untuk pelaksanaan pelatihan *discharge planning*

Berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan, belum ada anggaran untuk pelatihan discharge planning. Anggaran pelatihan lebih diutamakan untuk pelatihan ICU, karena masih 44% lagi yang belum mengikuti pelatihan ICU.

1. Man
   1. Perawat menyatakan sulit untuk melaksanakan *discharge planning* di ICU

Perawat menyatakan bahwa discharge planning sulit dilakukan ICU, karena kebanyakan pasien ICU tidak akan langsung pulang ke rumah. Rata rata 75% dari pasien akan ke ruang rawat inap , dan25% nya dalam kondisi meninggal dunia.

* 1. Perawat hanya menuliskan data dasar pasien di format *discharge planning*

Karena kondisi pasien seperti yang digambarkan di atas, perawat hanya menulis data dasar pasien di format *discharge planning*.

* 1. Belum adanya perawat yang mengikuti pelatihan *discharge planning.*

Pelatihan *discharge planing* belum pernah dilakukan di RS X. Karena keterbatasan dana untuk pelatihan dan ada pelatihan lain yang dianggap lebih urgen untuk perawat ICU.

* 1. Kualifikasi perawat pelaksana 66% D3 Keperawatan (24 orang)

Di ruang ICU masih banyak perawat berpendidikan D3 keperawatan, dimana untuk perawat yang termasuk sebagai Perawat Penanggung Jawab Pasien (PPJA) yang diatur dalam SNARS 2017 adalah perawat ners.

1. Method
   1. Belum adanya *discharge planning* yang dilakukan secara terjadwal sejak pasien masuk, di rawat dan pulang

Perawat memberikan informasi tentang kesehatan pasien kepada keluarga secara insidental. Promosi dan pendidikan kesehatan sebagai bagian dari *Discharge planning*  diberikan hanya pada saat keluarga pasien bertanya, dan dan hanya didokumentasikan di form edukasi terintegrasi

* 1. Pengisian format *discharge planning* tidak lengkap

Format *discharge planning* yang terdiri dari resume keperawatan yang berisi hal hal yang perlu diperhatikan pasien setelah pulang,format tidak diisi lengkap dan tidak ada tanda tangan perawat serta pasien atau keluarga. Perawat hanya mengisi data dasar pasien

* 1. Kepatuhan perawat terhadap SPO *discharge planning* belum optimal

Dan dari hasil observasi, pelaksanaan di ruangan masih belum sesuai dengan SPO. Antara lain dalam SPO dinyatakan bahwa perencanaan pulang merupakan asesmen awal yang harus dilengkapi dalam 24 jam setelah pasien awal dirawat. Namun karena kondisi pasien ICU yang kritis, perawat lebih mengutamakan memperhatikan kondisi pasien saat itu dan belum mengisi format perencanaan pulang

1. Material
   1. SPO *discharge planning* masih merujuk kepada format *discharge planning* yang lama

Karena format *discharge planning* masih dalam bentuk yang lama, maka SPO pun masih mengacu ke dalam bentuk yang lama.

* 1. Belum adanya panduan *discharge planning*

Panduan merupakan petunjuk yang memberi arah bagaimana suatu kegiatan harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan (KARS,2012). Panduan *dischargeplanning* belum dibuat oleh rumah sakit. Oleh karena itu untuk pelaksanaan *discharge planning* diharapkan ada panduan dalam memberikan arah pelaksanaanya

* 1. Format *discharge planning* belum sesuai teori yang ada

Format *discharge planning* apabila ditinjau dengan teori yang dikemukakan oleh Potter and Perry, masih terdapat beberapa kesenjangan. Yaitu belum adanya diagnosa dan perencanaan discharge planning

* 1. Leaflet yang mendukung *discharge planning* belum lengkap

Leaflet sebagai media yang membantu pelaksanaan *discharge planning* belum tersedia lengkap di rumah sakit, terutama materi yang khusus untuk pasien ICU masih sedikit.

1. Machine
   1. Belum maksimal nya sistem pendokumentasian keperawatan *discharge planning*

Sistem yang mendukung dokumentasi *discharge planning* belum maksimal seperti format *discharge planning*, SPO, panduan, leaflet dan jadwal pelaksaan *discharge planning* juga belum ada.

Dari analisis *fishbone* diatas maka didapatkan akar masalahnya adalah sebagai berikut : dari jumlah yang terbanyak meninbulkan masalah adalah faktor *man* dan *material*, maka dapat disimpulkan hasil analisis akar masalah adalah pengetahuan perawat yang kurang tentang *discharge planning* disertai dengan kurang optimalnya sitem yang mendukung pelaksanaan *discharge planning* seperti format, SPO dan panduan.

**PEMBAHASAN**

Sebagian besar pasien dipindahkan dari ICU ke unit-unit non akut (unit rawat umum) lainnya sebelum pulang ke rumah sakit. Untuk menilai kebutuhan pasien di unit rawat inap dan memberikan arahan untuk kelangsungan perawatan merupakan aspek integral dari perawatan untuk pasien ICU (perawatan intensif). Beberapa literatur pada umumnya setuju mengenai hal ini, persepsi tentang *discharge planning*di ruang ICU telah dibahas dalam literatur yang ada sebagai pemulangan dari ICU ke unit rumah sakit yang non akut (unit stepdown atau unit perawatan umum) Sehingga terkadang *discharge planning* di ruang ICU secara tradisional ditangguhkan, karena untuk pasien di ICU, perawat lebih berfokus mengantisipasi kebutuhan akut pasca masa kritis pasien yang tinggi, perubahan cepat dalam kondisi pasien, dan pemulihan yang tidak pasti(Holland, Diane.Rhudy, Lori. Vanderboom, Catherine E. Bowles, 2013)Selain itu, perawat mempunyai waktu yang terbatas untuk melakukan *discharge planning* di rumah sakit dan kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang proses *discharge planning.*

Perawat ICU didorong untuk memulai proses *discharge planning* pada saat pasien masuk ke rumah sakit terlepas apakah pasien memulai rawat inap di ICU atau tidak. Penilaian awal di ICU dimulai dari penilaian terhadap potensi defisit diri yang menetap, dengan rekomendasi untuk memaksimalkan fungsi pasien setelah melewati masa kritisnya. Penyesuaian *discharge planning* berdasarkan perubahan kondisi pasien masih terus dilakukan, tetapi menunda inisiasi proses *dischrage planning* akan semakin mengurangi waktu yang tersedia untuk mengembangkan, dan menerapkan *discharge planning* pada pasien ICU. (Holland, Diane.Rhudy, Lori. Vanderboom, Catherine E. Bowles, 2013)

Sebuah studi percontohan ini memberikan bukti awal untuk kelayakan menggunakan informasi yang didokumentasikan dalam 24 jam sejak pasien masuk ICU untuk memulai proses *discharge planning*, meskipun perlu studi lanjutan untuk pasien kritis dengan kebutuhan yang lebih kompleks ((Holland, Diane.Rhudy, Lori. Vanderboom, Catherine E. Bowles, 2013), Temuan dari penelitian ini menunjukkan kemungkinan bahwa staf ICU Registired Nurse dapat berkontribusi pada identifikasi kebutuhan perawatan pasca masa kritis pasien. Kolaborasi awal dengan tenaga khusus seperti Perawat *Discharge Planerer* atau Social Worker dapat menghasilkan proses yang lebih baik dan penurunan risiko biaya, dan pengurangan kondisi pasien yang lebih buruk. Elemen data pasien tersedia di awal ICU tetap diidentifikasi karenai penting dalam memprediksi defisit perawatan diri di rumah sakit, *discharge planning* dapat berfungsi sebagai titik awal yang relevan dalam mengembangkan keputusan DPJP dalam berpartisipasi dalam perencanaan perawatan selanjutnya.

Untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang discharge planning, perlu dilakukan pelatihan / sosialisasi. Hasil sebuah penelitian di Jepang(Suzuki et al., 2012)menyebutkan dari sejumlah responden yang diteliti, dimana kelompok intervensi dilakukan pelatihan tentang discharge planning, sedangkan kelompok kontrol tidak dilakukan. Data yang diperoleh dari 87 perawat kelompok intervensi (tingkat respons: 85,3%) dan 104 perawat kelompok kontrol (tingkat respons: 67,5%) didapatkan hasil bahwa dalam kelompok intervensi, pengetahuan yang didapat meningkatkan intervensi discharge planning dan kunjungan rumah, juga pemahaman terhadap hukum hukum di Jepang yang relevan terkait dengan discharge planning. Selain itu, kelompok intervensi menunjukkan peningkatan sikap terhadap perencanaan pemulangan. Demikian juga, pengakuan rekan kerja mereka, bahwa kebutuhan perencanaan pulang dan dukungan mereka untuk perencanaan pulang secara signifikan meningkat dalam unit-unit kelompok intervensi dibandingkan dengan unit kelompok kontrol.Program pelatihan ini berhasil memperkuat pengetahuan tentang berbagai sistem yang terkait dengan discharge planning, meningkatkan sikap perawat terhadap discharge planning, dan berdampak pada iklim seluruh unit. Oleh karena itu pelatihan tentang discharge palnning dianggap penting untuk dilakukan oleh bidang keperawatan terhadap staf keperawatan. Karena diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan discharge planning di rumah sakit.

Format *discharge planning* yang dibuat harus disusun secara terstruktur dan terintegrasi karena format yang terstruktur dan terintegrasi akan mendukung bentuk kontiunitas pelayanan kesehatan [KARS 2017). Berdasarkan hasil penelitian, pengembangan model discharge planning terintegrasi dapat dijadikan acuan oleh perawat dalam penerapannya, selain itu akan meningkatkan kemapuan perawat dalam melaksanakan discharge planning dan tidak ada lagi perbedaan persepsi perawat dalam pengaplikasiannya di ruangan (Ratna, 2017), sehingga pelaksaan *discharge planning* menjadi lebih baik di rumah sakit.

Format Discharge planning sebaiknya terdiri dari  (1) penilaian pasien, (2) pengembangan rencana yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, (3) penyediaan layanan, termasuk pendidikan keluarga dan layanan rujukan, dan (4) tindak lanjut atau evaluasi berkelanjutan(Yam et al., 2012). Sedangkan menurut Potter dan Perry (2013) format *discharge planning* terdiri dari :

1. Pengkajian

Pada awal pasien menerima pelayanan kesehatan, lakukan pengkajian mengenai kebutuhan kepulangan pasien. Kaji mengenai pendidikan kesehatan pasien dan keluarganya, faktor linggungan, serta kaji permasalahan kesehatan pasien tersebut. Penting untuk berkolaborasi dengan PPA yang lain.

1. Diagnosa keperawatan

Tetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, kembangan kebutuhan pasien dan keluarganya berdasarkan pengkajian yang sebelumnya telah dilakukan.

1. Perencanaan

Buat perencanaan dengan tujuan untuk memandirikan pasien pasca perawatan dirumah sakit. Libatkan keluarga dalam perencanaan ini.

1. Implementasi

Implementasi dibagi menjadi dua, yaitu pelaksanaan sebelum pemulangan dan pada hari pemulangan. Pada pelaksanaan sebelum hari pemulangan, perawat akan memberikan edukasi mengenai pelayanan kesehatan kepada pasien dan keluarganya. Pada pelaksanaan pada hari kepulangan, perawat memberikan bantuan kepada pasien dan keluarganya untuk mempersiapkan pemulangan. yaitu biarkan pasien dan keluarga bertanya mengenai perawatan dirumah, pemeriksaan instruksi dokter, terapi, serta pemenuhan kebutuhan akan alat-alat medis, obat dan transportasi bagi pasien dan keluarga.

1. Evaluasi

Pasien dan keluarga dapat mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan dirumah dengan memperhatikan lingkungan atau hal-hal yang dapat membahayakan pasien. Dokumentasikan kepulangan pasien sebagai informasi lanjutan mengenai status masalah yang dimiliki klien.

**SIMPULAN**

Berdasarkan hasil analis terhadap pelaksanaan discharge planning di ruang ICU RS X di Jakarta didapatkan bahwa pelaksanaan yang tidak optimal disebabkan oleh pengetahuan perawat yang kurang tentang discharge planning disertai dengan perangkat yang digunakan untuk pelaksanaan discharge planning belum sesuai baik secara kualitas maupun kuantitas. Maka perlu dilakukan penambahan pengetahuan perawat tentang discharge planning dan perlu dilakukan perbaikan dan penambahan terhadap perangkat yang digunakan utnuk pelaksanaan discharge planning.

**REKOMENDASI**

Untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dan meningkatkan mutu pelaksanaan *discharge planning*diperlukan rencana tindak lanjut. Oleh sebab itu, penulis memberikan rekomendasi sebagai beriktu:

1. *Redesign* format *discharge planning*

Format *discharge planning* perlu dilakukan perubahan terhadap format yang sudah ada saat ini. Mengacu pada standar akreditasi dan tinajuan literatur yang ada. Format ini hendaknya dilakukan uji coba agar dapat di evaluasi kendala yang terjadi unit pelayanan dalam pelaksanaannya.

1. Revisi SPO

SPO dilakuakn revisi karena format *discharge planning* yang ada mengalami pembaharuan. Setelah selesai di revisi hendaknya pelaksanaan SPO dilakuakn supervisi untuk melihat kepatuhan pelaksana melakukannya.

1. Pembuatan panduan

Panduan discharge planning akan memberikan petunjuk apa yang harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk melaksanakan *discharge planning*.

1. Pelaksanaan pelatihan *discharge*

Perlu dilakukan pelatihan *discharge planning* kepada seluruh perawat di

rumah sakit, untuk meningkatkan pengetahuan perawat dalam melaksanakan *discharge planning*

**REFERENSI**

Betty. (2016). Hubungan Discharge Planning Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Poli Neurologi Rsam Bukittinggi Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*, *8*(1), 80–85.

Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O’brien, K., & Tregunno, D. (2013). Effectiveness Of Early Discharge Planning In Acutely Ill Or Injured Hospitalized Older Adults: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Bmc Geriatrics*, *13*(1), 1–9. Https://Doi.Org/10.1186/1471-2318-13-70

Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). Nurses’ Discharge Planning And Risk Assessment: Behaviours, Understanding And Barriers. *Journal Of Clinical Nursing*, *22*(15–16), 2338–2346. Https://Doi.Org/10.1111/Jocn.12179

Hamel, Elfince T. M. R. S. (2016). Hubungan Antara Faktor Personil Perencanaan Pulang Dengan Kelengkapan Resume Medis Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Maba Kabupaten Halmahera Timur, *4*.

Holland, Diane.Rhudy, Lori. Vanderboom, Catherine E. Bowles, K. H. (2013). The Feasibility Of Discharge Planning In The Intensive Care Unit: A Pilot Study. *Nih Public Access*, *21*(4), 10–14. Https://Doi.Org/10.4037/Ajcc2012173.The

KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (1st Ed.). Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

Lin, C. J., Cheng, S. J., Shih, S. C., Chu, C. H., & Tjung, J. J. (2012). Discharge Planning. *International Journal Of Gerontology*, *6*(4), 237–240. Https://Doi.Org/10.1016/J.Ijge.2012.05.001

Morris, J. (2012). Registered Nurses’ Perceptions Of The Discharge Planning Process For Adult Patients In An Acute Hospital. *Journal Of Nursing Education And Practice*, *2*(1), 28–38. Https://Doi.Org/10.5430/Jnep.V2n1p28

Nahar Al Reshidi, Tony Long, J. C. (2016). Factors Influencing Discharge Planning In Neonatal Intensive Care Units In Saudi Arabia: A Systematic Review. *Gulf Medical Journal*, *5*, 27–35.

Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process Evaluation Of Discharge Planning Implementation In Healthcare Using Normalization Process Theory. *Bmc Medical Informatics And Decision Making*, *16*(1), 1–10. Https://Doi.Org/10.1186/S12911-016-0285-4

Okatiranti. (2015). Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Pasien Diabetes Mellitus Type Ii, *Iii*(1), 18–24.

Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, A. (2011). A Qualitative Study Of The Determinants Of Successful Discharge For Older Adult Patients. *Journal Of American Physical Therapy Association.*

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby.

Ratna, A. (2017). Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Melalui Pengembangan Model Discharge Planning Terintegrasi Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 2 (1) 2017*, *2*(1).

Rofi’i, M. (2011). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang Pada Perawat Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Shepperd, S., Parkes, J., Mcclaran, J. J., & Phillips, C. (2010). Discharge Planning From Hospital To Home. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1). Https://Doi.Org/10.1002/14651858.Cd000313.Pub2

Suzuki, S., Nagata, S., Zerwekh, J., Yamaguchi, T., Tomura, H., Takemura, Y., & Murashima, S. (2012). Effects Of A Multi-Method Discharge Planning Educational Program For Medical Staff Nurses. *Japan Journal Of Nursing Science*, *9*(2), 201–215. Https://Doi.Org/10.1111/J.1742-7924.2011.00203.X

Yam, C. H. K., Wong, E. L. Y., Cheung, A. W. L., Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., & Yeoh, E. K. (2012). Framework And Components For Effective Discharge Planning System: A Delphi Methodology. *Bmc Health Services Research*, *12*(1), 1. Https://Doi.Org/10.1186/1472-6963-12-396

Zuhra, P. (2016). *Gambaran Pelaksanaan Discharge Planning Pasien Pascaoperasi Apendiktomi Di Rs Pku Muhammadiyah Gamping Yogyakarta*.